

требности организма в пищевых веществах и энергии норм питания для возрастной категории населения в организациях, в которых осуществляется питание по определенным нормам.

Помимо экономии времени использование принципов рационального питания позволит достигать большей сбалансированности пищевых веществ у лиц с сердечно-сосудистой патологией, что будет способствовать уменьшению развития у пациентов с ИБС и АГ таких грозных осложнений, как инфаркт миокарда, мозговые инсульты, тромбоэмболии, а также будет способствовать повышению неспецифической резистентности организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Войцеховский, В. Е.* Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Республике Беларусь как основной показатель качества жизни населения / В. Е. Войцеховский, И. В. Суворова // Мед. новости. — 2011. — № 8. — С. 32–38.
2. *Сергеев, В. Н.* Восстановление пищевого статуса — важнейший фактор повышения качества жизни лиц пожилого и старческого возраста / В. Н. Сергеев // Оптимальное питание — здоровье нации: материалы VIII Всерос. конгр., Москва, 26–28 окт. 2005 г. — М., 2005. — С. 232.
3. *Мартинчик, А. Н.* Общая нутрициология: учеб. пособие / А. Н. Мартинчик, И. В. Маев, О. О. Янушевич. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 392 с.
4. Содержание витаминов и минеральных веществ в рационах питания пожилых людей / И. И. Кедрова [и др.] // Питание и обмен веществ: сб. науч. ст. / Науч.-произв. центр Ин-т фармакологии и биохимии. — Минск: Белорус. наука, 2008. — Вып. 3. — С. 82–87.
5. *Obesity: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO Consultation, WHO Technical Report Series 894.* — World Health Organization, 2000. — 252 p.

УДК 617.7-007.21-053.1

ЕВРОПЕЙСКИЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ АНОФТАЛЬМА НА ПРИМЕРЕ МУРФИЛДСКОЙ ГЛАЗНОЙ КЛИНИКИ ЛОНДОНА (ВЕЛИКОБРИТАНИЯ)

Бараиш А. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По данным отечественной и зарубежной литературы известно, что к развитию анофтальма чаще всего приводят травмы глаза, некомпенсированная болящая глаукома, воспалительные и врожденные процессы, злокачественные новообразования глаза. Удаление глазного яблока (энуклеация, эквисцерация) является тяжелой психологической, моральной и физической травмой для пациента. Внезапная потеря зрения у данной категории пациентов оказывает значительное негативное влияние на весь комплекс социального функционирования человека (личного, профессионального, семейно-бытового), затрудняя его последующую реадaptацию к повседневной жизни, нередко приводя к необходимости смены своей профессии и даже к инвалидизации. Потеря бинокулярного зрения, нарушение в оценке расстояния и глубины пространства вызывают трудности как при выполнении простых функций в быту, так и при производственной деятельности, а также психогенный стресс, который возникает после операции по удалению глазного яблока, в итоге отрицательно отражаются на личностно-социальном статусе данной категории пациентов. Некоторые из них замыкаются в себе, другие предъявляют множество жалоб, носящих навязчивый характер, в связи с возникшим невротическим состоянием. Тяжесть состояния может быть обусловлена возможностью сочетанного поражения различных структур глаза, длительностью и непредсказуемостью развития посттравматических процессов, трудностей в оценке показаний к проведению медицинских реабилитационных мероприятий [1].

До сих пор, по представлению большинства офтальмологов, энуклеация и эквисцерация глаза являются простейшими учебными операциями, их проведение доверяют начинающим офтальмохирургам. Нещадящее отношение к тканям орбиты во время операции, категорический отказ от введения в полость орбиты имплантатов — значительно ослож-

няют последующее протезирование. Многие современные исследователи подчеркивают, что после неадекватного удаления глазного яблока значительно возрастает риск развития анофтальмического синдрома, сопровождающегося целым рядом косметических дефектов (уменьшение объема конъюнктивальной полости, глубокое расположение косметического протеза в орбите, неудовлетворительная его подвижность, углубление верхней орбитопальпебральной борозды, опущение верхнего и отвисание нижнего века и др.), и считают удаление глазного яблока без создания опорно-двигательной культи «калечащей операцией» [1].

Основополагающим фактором, от которого зависит косметический эффект индивидуального протезирования, является формирование качественной опорно-двигательной культи, создание которой после энуклеации/эвисцерации возможно только путем введения в полость глазницы имплантата, позволяющего восполнить недостающий объем глазничного органокомплекса. Своевременная и адекватная пластика глазницы после эвисцерации/энуклеации позволяет повысить социальную активность пациентов с анофтальмом, снижает дополнительные затраты на медикаменты и труд врача при необходимости повторных операций и способствует повышению качества жизни пациентов [2].

Важным аспектом является психологическая помощь пациентов, так как повышение качества жизни лиц с анофтальмом и слабовидящим является социальной проблемой, касающейся не только офтальмологов, но и работников других медицинских специальностей, сферы образования, а также родственников и общества в целом. Психологическая помощь необходима, чтобы помочь человеку адаптироваться к новым условиям жизни, выработать умения и навыки, которые позволят ему вернуть самостоятельность и уверенность в своих действиях.

Несовершенство глазного протезирования, неадекватное создание опорно-двигательной культи, отсутствие психологического консультирования и системы реабилитации способствуют формированию своего рода «комплекса неполноценности» у таких людей, что резко снижает их качество жизни [1].

Цель

Изучить подход к проблеме анофтальма в Мурфилдской глазной клинике г. Лондона (Великобритания).

Материал и методы исследования

Во время стажировки в этой клинике, которая проходила с 6 июня по 1 июля 2016 г., автором была собрана информация о деятельности отделений «Окулопластика» и «Глазное протезирование» и проведен анализ работы офтальмологов, офтальмопротезистов, офтальмологических медсестер-консультантов и других специалистов.

Как выяснилось, каждый день в Великобритании в результате травм и заболеваний органа зрения слепнут 120 человек. В настоящее время в стране почти 2 млн потерявших зрение людей, по прогнозам некоторых исследователей, это количество увеличится вдвое к 2050 г. [3].

Мурфилдская глазная клиника основана в 1804 г., является самым большим медицинским центром, оказывающим высокоспециализированную офтальмологическую помощь населению Великобритании. Она также является образовательной и научно-исследовательской базой по изучению глазных болезней. За период с 2012 по 2013 гг. в клинику за консультацией и лечением обратились 415219 человек, количество пациентов, проходивших лечение в отделении «Окулопластика» составило 82435 [3].

В этой глазной клинике организована уникальная система оказания помощи лицам, нуждающимся в операции по удалению глазного яблока, которая представлена в виде комплексного подхода к достижению медико-социальной реабилитации пациентов. После окончательного решения офтальмолога о необходимости операции по удалению глазного яблока пациент направляется в отделение «Окулопластики», где решается вопрос о виде хирургического вмешательства и типе имплантата для последующего адекватного формирования опорно-двигательной культи. Затем назначается дата операции и пациента направляют на психологическую консультацию. Психологическое консультирование интегрировано в систему оказания клиникой офтальмологической помощи в 1994 г. и представляет собой неотъемлемую часть медико-социальной реабилитации пациентов с анофтальмом.

Психологическую поддержку и консультирование оказывает офтальмологическая медсестра-консультант, которая имеет квалификацию по психотерапии. Ее роль крайне важна: кроме психологической помощи она обеспечивает пациента информацией о деталях хирургического вмешательства, предоперационной подготовки и послеоперационной помощи, знакомит со следующим после операции этапом реабилитации — глазным протезированием, демонстрируя глазные протезы и конформеры (специальные линзы, которые обеспечивают защиту и форму культи сразу после операции). Кратко отвечает на вопросы о продолжительности госпитализации, возможном косметическом результате, об управлении болью и длительности формирования индивидуального протеза. Пациенту предлагаются специально разработанные тематические пособия и DVD по данной тематике для более детального ознакомления.

На этом важном этапе пациента знакомят со сложившейся ситуацией, подготавливают к предстоящему главному протезированию и информируют об оказании ему в дальнейшем психологической помощи. Как свидетельствует опыт офтальмологических медсестер-консультантов, при первичном консультировании большинство пациентов впервые говорят о своей проблеме в деталях и делятся своими переживаниями. Часть из них признается, что испытывает злость и обиду на своих близких и родных, так как не могут рассказать им, как они несчастны и как им тяжело справляться с данной проблемой. Они не могут попросить у них помощи и поддержки.

Некоторые пациенты, которые перенесли несколько операций ранее, испытывают страх перед новым хирургическим вмешательством и последующим этапом — глазным протезированием, они не могут осознать и принять факт потери глаза. После детального информирования офтальмологической медсестрой-консультантом и показа глазных протезов пациент становится более осведомленным и чувствует поддержку и помощь со стороны, у него исчезает страх протезирования. При необходимости для оказания психологической помощи офтальмологическая медсестра-консультант сопровождает пациента на консультации в отделения «Окулопластика» и «Глазное протезирование», а также присутствует при операции.

В клинике созданы условия для оказания пациенту психологической поддержки по телефону и организации индивидуальных встреч с пациентом. Индивидуальное психологическое консультирование состоит, как правило, из 6–12 строго конфиденциальных встреч, в результате которых пациент получает необходимую помощь и ответы на интересующие его вопросы.

После психологического консультирования пациент направляется на операцию по удалению глазного яблока. Ее проводит высококвалифицированный офтальмохирург из отделения «Окулопластика», который выбирает вид хирургии и тип имплантата в зависимости от офтальмопатологии. Обязательным этапом хирургического вмешательства является формирование опорно-двигательной культи с орбитальным имплантатом для адекватного глазного протезирования. После операции в конъюнктивальную полость обязательно вставляется определенного размера конформер, который способствует формированию полости для последующего глазного протезирования. Как правило, пациента выписывают на следующие сутки домой. В последующем специалисты этого отделения наблюдают за пациентом, за состоянием его конъюнктивальной полости, при необходимости корректируют дефекты анофтальма для создания оптимальных условий для ношения протеза.

После хирургической операции пациента записывают в отделение «Глазного протезирования». Спустя 6 недель он посещает тамофтальмопротезиста, который подбирает временный протез по цвету радужки и форме конъюнктивальной полости. Следующее посещение этого отделения происходит примерно через 2 месяца, во время которого делаются замеры и зарисовки для последующего индивидуального глазного протезирования. Офтальмопротезисты измеряют сформировавшуюся конъюнктивальную полость, зарисовывают цвет радужки, соответствующий здоровому глазу и начинают изготовление искусственного глаза. Иногда этап замеров проходит в операционной, чтобы избежать воз-

никновения дополнительного психологического стресса для пациентов, которые еще не адаптировались к потере глазного яблока.

Через 4–6 недель пациент получает свой индивидуальный протез. Он ежегодно посещает это отделение для осмотра и коррекции состояния протеза. Там же его информируют о правилах пользования, обработки протеза, учат жить с протезом. Офтальмопротезисты напрямую взаимодействуют с офтальмохирургами отделения «Окулопластика», таким образом, осуществляется преемственность в работе специалистов, что позволяет пациенту получить адекватную помощь на всех этапах оказания медицинской помощи.

Выводы

На сегодняшний день единственным методом медико-социальной реабилитации пациентов с анофтальмом являются реконструктивно-пластическая хирургия опорно-двигательной культуры с использованием орбитального имплантата в сочетании с индивидуальным глазным протезированием, психологическим консультированием, а также информированием пациента на всех этапах оказания медицинской помощи.

Именно такой комплексный подход в оказании помощи пациентам с анофтальмом лежит в основе деятельности Мурфилдской глазной клиники. Здесь работают высококвалифицированные специалисты, имеющие огромный опыт по данной проблеме, которые действуют как одна команда. Пациента социально адаптируют к изменившимся условиям жизни и оказывают разностороннюю квалифицированную поддержку.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бараш, А. Н. Медико-социальные проблемы при анофтальмическом синдроме / А. Н. Бараш, Т. М. Шаршакова, Г. Ф. Малиновский // Проблемы здоровья и экологии. — 2015. — № 2 (44). — С. 4–7.
2. Бараш, А. Н. Социальные аспекты медицинской реабилитации пациентов с анофтальмическим синдромом / А. Н. Бараш, Т. М. Шаршакова, Г. Ф. Малиновский // Сборник материалов Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Инновации в офтальмологии», Минск, 11–12 дек. 2015 г. / Международный науч.-практ. журнал «Офтальмология» Восточная Европа. — С. 23–24.
3. Jasmine, T. Patient support and counselling: an interview with Jasmine Thomsand Louise de Board / T. Jasmine // International Journal of Ophthalmic Practice. — 2014. — Vol. 5, № 3. — P. 112–115.

УДК 614.2-053.81:37

ОТИМИЗАЦИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПО ФОРМИРОВАНИЮ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

Бортновский В. Н., Рубан Н. М., Песенко Е. С.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»,
Государственное учреждение
«Гомельский городской центр гигиены и эпидемиологии»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Укрепление здоровья подрастающего поколения является приоритетной государственной задачей во всем мире. В основных положениях «Программы социально-экономического развития Республики Беларусь на 2016–2020 гг.» подчеркнута необходимость уделять особое внимание формированию мотиваций и созданию условий для продвижения в общество здорового образа жизни, развитию культуры [1]. Здоровье нации — одно из условий успешного существования любого государства сейчас и в будущем [2].

Но в современной системе образования до сих пор слабо реализуется системный и культурологический подход к реализации идеи формирования здорового образа жизни у подрастающего поколения. Поэтому важнейшей задачей любого образовательного учреждения является обеспечение максимально благоприятных условий для формирования здорового образа жизни, гармоничного физического, психического и социального развития каждого ребенка. Активно идущий процесс модернизации образования ориентирует на создание условий для развития вариативной и личностно-ориентированной педагогики,